

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

379

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Juin 1904, à 1 heure

Par JULIEN JAMES

Né à Caen (Calvados), le 27 juillet 1879.

DU TRAITEMENT
DE
L'ÉVENTRATION LATÉRALE
POST-OPÉRATOIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RECLUS, professeur.

DELENS, MAUCLAIRE, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 - Rue Racine - 15

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

Anatomie.....	MM.	P. POIRIER.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BEISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		REOUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		N...
Clinique médicale.....		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUX.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophthalmologique.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		PINARD.
		BUDIN.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFTEL, Chef des
AUVRAY.	FAURE.	LEQUEU.	travaux anatomiques
BESANÇON.	GILLES DE LA TOUINETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIERY.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUGUARE.	THIROLOIX.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOSKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RÉMY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	BENON.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
			WURTZ.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage d'affection et de
profonde reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CAEN

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A M. LE DOCTEUR SOULIGOUX,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux
Président de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

« Le seul inconvénient qui soit de nature à me faire hésiter dans l'intervention pour l'appendice, c'est l'éventration. »

C'est ainsi que s'exprimait M. le professeur Reclus à la Société de Chirurgie, le 24 juillet 1895.

Neuf années se sont écoulées depuis cette séance de la Société de Chirurgie et de nombreux et sérieux progrès se sont réalisés, qui permettent de ne plus avoir cette hésitation de M. Reclus. Cependant l'éventration latérale post-opératoire est relativement fréquente. Nous nous sommes intéressés à cette question et M. le docteur Souligoux a bien voulu nous communiquer un procédé de réfection de la paroi abdominale qu'il emploie depuis 1901.

Ce procédé a été inspiré à M. Souligoux par le procédé presque identique employé par M. Quénu

pour la cure de la hernie ombilicale. D'une simplicité remarquable, il redonne à la paroi une solidité indiscutable.

Mais avant de commencer ce travail nous tenons à remercier M. Souligoux des conseils aussi aimables qu'éclairés qu'il a bien voulu nous donner. Depuis quelque temps déjà nous assistons avec le plus vif intérêt à ses opérations à l'hôpital Lariboisière ; nous nous efforcerons de mettre à profit ses savantes leçons.

Nous remercions également M. le professeur Tillaux du grand-honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Un autre devoir nous reste : celui de remercier nos maîtres dans les hôpitaux.

D'abord nos maîtres de l'école de Caen qui ont dirigé nos débuts et nous ont appris à aimer la science médicale. Nous citerons tout particulièrement MM. les docteurs Auvray, Barette, Gidon et Osmont. Ce dernier a un titre spécial à notre profonde reconnaissance.

Puis nos maîtres de la Faculté de Paris :

MM. les professeurs Lannelongue, Pinard, Dieulafoy.

MM. les docteurs Faisans, Villemin, Delestre, Bouffe de Sainte-Blaise, qui nous ont toujours accueillis avec la plus grande bienveillance.

Nous diviserons ce travail en quatre chapitres

Après avoir parlé des causes habituelles de l'éventration, nous étudierons la constitution de la paroi abdominale. Enfin après avoir parlé du traitement préventif nous exposerons le traitement curatif de l'éventration latérale post-opératoire, tel que M. Souligoux le dirige habituellement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

CAUSES DES ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES

Au congrès de Genève, La Torre définissait l'éventration post-opératoire en ces termes :

« La sortie d'une partie ou de plusieurs viscères abdominaux à travers les bords des muscles droits à la suite de la distension de la cicatrice qui les réunit, ou par la déchirure de cette cicatrice, ou encore par le point de réunion primitive de cette cicatrice. »

Cette définition se rattachant spécialement à l'éventration médiane n'en démontre pas moins le mécanisme de toute éventration.

En un mot, l'éventration post-opératoire consiste dans une faiblesse de la paroi, déterminée par la séparation des plans sous-cutanés à travers lesquels tendent à s'échapper les organes contenus dans la cavité abdominale.

Dans sa thèse « Du traitement des éventrations post-opératoires » Tournemelle en parlant de l'éviscération post-opératoire spontanée propose de modifier cette appellation et d'appliquer à ces « ruptures de suture ou de cicatrice » le terme d'éventration aiguë post-opératoire.

Au point de vue traitement, et c'est le côté de la question qui nous intéresse spécialement, nous nous rangerons à cet avis. Si nous envisagions le côté anatomique peut-être ferions-nous quelques réserves. Sans doute l'éventration prédispose à l'éviscération, mais il y a plus qu'une « différence de degré », entre ces deux accidents, comme semble vouloir l'admettre Tournemelle. Dans l'éviscération, l'intestin s'est fait un chemin au travers des différentes couches de la paroi lésée, *et est en contact immédiat avec l'air extérieur* ; tandis que dans l'éventration, entre le milieu extérieur et la cavité abdominale existe toujours une barrière, si minime soit-elle.

Mais cette question ne peut prendre place dans le sujet que nous nous sommes proposés.

Les éventrations latérales post-opératoires consécutives à l'appendisectomie sont les plus communes, mais ce ne sont pas les seules et deux ou trois de nos observations en sont une preuve. Dans l'une, l'éventration avait succédé à l'ouverture d'un abcès et dans deux autres à la cure d'une hernie ingui-

nale. Gosselin, dans ses cliniques, rapporte une éventration latérale consécutive à l'opération d'un fibrome iliaque.

Les éventrations latérales à la suite d'appendicectomie, sont donc de beaucoup les plus fréquentes, et lorsque cette opération entra dans le domaine de la chirurgie courante, leur nombre était considérable.

A New-York, Bull en cite douze cas en quelques mois. Damaye, dans sa thèse, donne une proportion de 25 pour 100. Il est certain que les progrès constants de l'asepsie et surtout le perpétuel souci du chirurgien moderne à reconstituer d'une façon aussi parfaite que possible la paroi abdominale, font de plus en plus diminuer le nombre des éventrations post-opératoires, sans toutefois les faire disparaître complètement et Broca en cite encore huit cas sur quatre-vingt-six opérés.

Nous dirons quelques mots, le plus rapidement possible, sur les causes de l'éventration post-opératoire.

Voici en quels termes les énumérait La Torre au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Genève :

« Les causes des éventrations peuvent se résumer sous trois chefs.

« 1^o Défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique ou relâchement de la cicatrice ;

« 2° Circonstances qui déterminent la réunion
« de ce plan par seconde intention ;

« 3° Circonstances qui relâchent, déchirent et
« prédisposent au relâchement et à la déchirure de
« la cicatrice. »

A chaud, l'appendisectomie expose beaucoup plus aux éventrations qu'à froid. Ceci ne saurait faire de doute pour personne.

« En opérant à froid, dit Broca, à la Société de Chirurgie, le 11 janvier 1899, avec résection de l'appendice et suture exacte de la paroi, on coupe court aux rechutes naturellement et d'autre part on évite presque à coup sûr l'éventration. »

En répétant cette parole, que personne ne croie que nous ayions l'intention d'entrer dans la lutte que se livrent depuis longtemps déjà les temporisateurs et les interventionnistes et donner raison aux premiers. Nous voulons seulement donner un peu de poids à ce que nous avançons, à savoir que l'éventration est beaucoup plus à craindre après la résection à chaud de l'appendice.

Une autre source d'éventrations post-opératoires repose dans le drainage. A son niveau, en effet, la cicatrisation ne se fait pas et l'infection a beaucoup plus de chances de survenir.

« Après une plaie non drainée, ajoute Broca,

« et ne suppurant pas, l'événtration est tout à fait
« exceptionnelle : si on a drainé, elle devient moins
« rare, moins encore si la réunion immédiate a
« échoué : enfin, elle est fréquente après l'incision
« simple des abcès sans réunion même partielle
« de la plaie. »

« Les événtrations ne sont pas rares après l'opé-
« ration, mais c'est surtout après l'intervention en
« pleine crise, quand on a été obligé de drainer.
(Guinard, *Soc. de Chirurgie*, 18 janvier 1899.)

« Je ne vois qu'une contre-indication à l'opéra-
« tion à chaud, dit autre part M. F. Villar, c'est la
« fréquence des événtrations dans les cas où il
« faut drainer largement. »

Dans les causes de l'événtration latérale post-
opératoire, il faut faire rentrer le mode de suture
de la paroi.

« Une bonne fermeture de l'abdomen, dit La
« Torre, résulte de trois facteurs principaux :

« *a*) les tissus à inciser et à suturer ;

« *b*) les fils à suture ;

« *c*) le mode de suturer.

« Les facteurs les plus importants sont l'incision
« et la suture, c'est-à-dire l'endroit où l'on doit
« inciser et comment suturer les tissus. »

Nous parlerons de l'incision lorsque nous aborderons la question du traitement préventif.

Quelques chirurgiens restent partisans de la suture en masse et malgré que M. P. Delbet ait montré que les couches de la paroi soient exactement affrontées par ce procédé, il n'en n'est pas moins certain que la suture en masse fait courir à l'opéré des chances beaucoup plus nombreuses d'éventration.

« Une des circonstances qui ont le plus contribué à la diminution des éventrations est sans contredit la suture en étages. »

Rappelons que c'est à Pozzi que revient l'honneur de l'avoir fait connaître au Congrès de chirurgie de 1888.

La Torre résume ainsi les avantages de la suture en étages :

« Elle garantit le parallélisme des différents plans, dont l'affrontement se fait sous les yeux du chirurgien.

« Les sutures superficielles peuvent être moins serrées d'où l'on aura une cicatrice moins visible.

« Après l'ablation des sutures superficielles, elle garantit l'intégrité de la cicatrice aponévrotique qui est soutenue par les sutures profondes. »

N'y a-t-il pas d'autres causes d'éventration post-opératoire :

M. Quénu disait le 8 février 1899 à la Société de chirurgie.

« Je crois que la suppuration n'est pas seule et
« exclusivement responsable des éventrations et
« qu'il faut lui joindre l'atonie des parois abdomi-
« nales qui prédispose si nettement à toutes les
« hernies post-opératoires. »

D'un autre côté, M. Renaudière de Vaux dans sa thèse pense que la section des vaisseaux et des nerfs détermine des troubles de nutrition des aponeuroses et surtout des muscles ; en un mot qu'il peut y avoir des éventrations post-opératoires par troubles trophiques de la paroi.

Comme dernières causes, citons rapidement la grossesse, l'adipose (on sait que pour Lucas-Championnière les hernies abdominales post-opératoires sont dues en grande partie à la trop grande abondance de graisse de la paroi), les tumeurs abdominales, l'ascite et aussi bien souvent le peu de raison, le peu de sagesse de l'opéré s'empressant d'enfreindre les ordres de son chirurgien.

Il est nécessaire, dit La Torre, que l'opéré évite après l'opération toutes les circonstances qui peuvent compromettre la réunion par première intention et qu'il observe pendant un certain temps un grand nombre de prescriptions indispensables pour la conservation et la solidité de la cicatrice.

CHAPITRE III

PAROI ABDOMINALE

Nous allons rappeler d'une façon aussi sommaire que possible la composition de la paroi abdominale. Qu'on nous pardonne, si nous empruntons souvent à nos maîtres, MM. les professeurs Tillaux et Poirier.

Sur les côtés de la paroi abdominale on rencontre :

- 1° La peau ;
- 2° Le fascia superficialis ;
- 3° Une toile celluleuse recouvrant le grand oblique ;
- 4° Le muscle grand oblique et son aponévrose ;
- 5° Le muscle petit oblique ;

- 6° Le muscle transverse ;
- 7° Le fascia transversalis ;
- 8° Le Péritoine.

Peau.

Nulle part la peau n'est soumise à une aussi grande tension qu'à l'abdomen. Distendue outre mesure, elle perd rapidement son élasticité.

Fascia superficialis.

Ce tissu affecte la forme de fascia décomposable en deux couches. Ces deux fascias sont faciles à distinguer sur certains sujets, surtout chez les sujets maigres.

Grand oblique et son aponévrose.

Le muscle grand oblique présente à considérer une portion charnue et une portion aponévrotique. Il s'insère à la face externe et au bord inférieur des sept ou huit dernières côtes et aux deux tiers antérieurs de la lèvre externe de la crête iliaque. Son aponévrose est fort résistante et brillante, et nacrée elle est très facile à reconnaître. Les couches sous-cutanées offrent quelquefois une très

grande épaisseur sur les sujets gras : le premier point de ralliement doit être l'aponévrose du grand oblique.

La partie charnue du grand oblique se termine en avant sur une ligne verticale répondant au grand droit. Elle empiète sur ce dernier même en haut.

Elle se termine en bas sur une ligne horizontale qui répond au tiers antérieur de la crête iliaque.

Son bord postérieur limite en avant le triangle de Jean-Louis Petit, limité en arrière par le bord antérieur du grand dorsal. La base est formée par la crête iliaque et le fond par les muscles petit oblique et transverse.

Petit oblique.

C'est un muscle large situé au dessous du précédent et à fibres dirigées en sens inverse.

Il s'étend des trois quarts antérieurs du versant externe de la crête iliaque au pubis, à la ligne blanche et aux côtes.

« Ses faisceaux antérieurs se continuent avec de
« longues fibres aponévrotiques dont la réunion
« constitue un large tendon plat, l'aponévrose du
« petit oblique. Cette aponévrose qui constitue le
« tendon d'insertion de la majorité des fibres du

« muscle est formée des fibres qui continuent la
« direction des fibres musculaires. A peine cons-
« tituée, à peu de distance du bord externe du
« muscle droit, elle se partage en deux feuillets
« qui enveloppent le muscle droit de l'abdomen,
« contribuant à la fermeture de sa gaine aponé-
« vrotique et au delà à celle de la ligne blanche. »

Transverse.

Muscle large et mince composé d'une partie charnue comprise entre deux larges aponévroses, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Il a été comparé souvent à un cylindre creux embrassant dans sa concavité dirigée en dedans les viscères de l'abdomen.

Il y a échange de faisceaux musculaires entre la portion inférieure du transverse et la portion adjacente du petit oblique. Les deux muscles s'intriquent complètement et sont absolument unis.

Blaise a vu le transverse dépasser de douze millimètres le bord du petit oblique et passer devant lui.

L'aponévrose antérieure qui continue le muscle au niveau de la ligne semi-lunaire a une très grande importance en chirurgie et elle contribue à former la gaine des droits.

Muscles grand droit.

Ce muscle s'étend de la partie antérieure et inférieure du thorax au pubis. Il est situé à la partie médiane sur le côté de la ligne blanche. Il présente sur son trajet des intersections tendineuses disposées transversalement sur la face antérieure du muscle.

Ces intersections n'occupent pas toute l'épaisseur du muscle et à la face postérieure on n'en retrouve plus qu'une ou deux.

Aponévroses abdominales antérieures.

« Les aponévroses antérieures sont représentées par les vastes lames tendineuses qui terminent en avant les muscles obliques et transverse et par le fascia transversalis qui recouvre la face interne de la paroi abdominale.

« Les aponévroses d'insertion des trois muscles ne commencent pas sur la même ligne verticale. De dehors en dedans, celle du grand oblique naît la première, un peu en avant de l'épine iliaque antérieure et suivant un bord longitudinal ; puis vient celle du petit oblique dont l'insertion musculaire est un peu convexe en dedans et descend de plus en plus vers le pubis : enfin celle du trans-

verse. La ligne d'insertion de l'aponévrose du transverse est une courbe à concavité interne ayant sa plus forte courbure sur le plan de l'ombilic : elle commence en haut derrière le muscle droit sur le bord de l'appendice xyphoïde et finit en bas au tiers de l'arcade crurale : elle porte le nom de ligne semi-lunaire de Spiegel. Un certain nombre d'éventrations de la paroi se font le long de cette ligne. »

Ces aponévroses naissent des trois muscles se dirigeant vers la ligne médiane, en conservant dans leurs fibres tendineuses la direction originelle de leurs fibres musculaires, de sorte que celles des obliques se croisent en sautoir et celles du transverse restent horizontales, disposition favorable à la solidité de la ceinture fibreuse. Arrivées au bord externe du muscle droit, elles se séparent régulièrement en deux nappes qui passent l'une en avant, l'autre en arrière du muscle pour lui constituer une gaine. Sur son bord interne elles s'entrelacent avec celles du côté opposé, entrelacement qui forme la ligne blanche. »

Cette disposition, vraie pour les deux tiers supérieurs de la paroi abdominale, présente une légère divergence pour le tiers inférieur où toutes les aponévroses passent en avant du muscle droit.

Fascia transversalis.

C'est l'aponévrose profonde du transverse. Dans le quart inférieur, il recouvre directement le grand droit ce que l'on ignorait autrefois en disant que dans son cinquième inférieur le grand droit entraînait immédiatement en rapport avec le péritoine.

En arrière du fascia transversalis se trouve encore le tissu cellulaire sous-péritonéal et le fascia propria.

Muscle pyramidal.

Ce petit muscle est un organe rudimentaire et des plus variables. Aussi son importance est-elle nulle.

Il est contenu dans la gaine du grand droit, ou possède parfois sa gaine propre qui n'est alors qu'un dédoublement du feuillet antérieur du droit.

Il part du pubis et va se terminer sur la ligne médiane, à égale distance de la symphyse pubienne et de l'ombilic.

CHAPITRE III

TRAITEMENT PRÉVENTIF

Avant d'étudier le traitement curatif de l'éventration latérale post-opératoire nous allons parler du traitement préventif.

Nous avons vu que l'éventration latérale consécutive à l'appendisectomie était de beaucoup la plus fréquente et qu'elle nous intéressait tout particulièrement. Or, nous croyons qu'il est un point fort intéressant à considérer dans la marche de cette opération si l'on veut se mettre autant qu'il est possible à l'abri de cet accident post-opératoire. Nous avons en vue l'incision de la paroi abdominale.

Où doit se faire l'incision dans l'appendisectomie.

Passons en revue les diverses incisions en usage.

Voici d'abord l'incision de Roux une des incisions classiques qui fut adoptée par Trèves et Reclus.

Parallèle à l'arcade de Fallope elle est située en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure et à un centimètre ou deux de cette épine.

Cette incision a un très grand inconvénient : c'est de sectionner les muscles petit oblique et transverse qui ont à ce niveau leurs fibres transversales, et si elle est un peu longue, de couper transversalement le grand droit. Ces grands débridements affaiblissent ainsi considérablement la paroi et déterminent très souvent des éventrations consécutives. Aussi Robert Morris recommande-t-il de faire des incisions ne dépassant pas quatre ou cinq centimètres.

Dans un article paru en 1900 dans la *Presse Médicale*, M. Routier ne cache pas son aversion pour l'incision de Roux qu'il n'emploie jamais, et M. Routier continue en disant : « Je préfère la
« laparotomie médiane quand on opère entre les
« crises, en dehors des crises parce que c'est
« l'incision qui permet le mieux l'exploration et
« les manœuvres, parce que je crois en outre que
« cette incision donne une cicatrice plus solide et
« expose moins à l'éventration. »

Max Burney reconnaissant le péril du procédé

de Roux essaya d'y apporter quelques modifications.

Après avoir traversé le grand oblique, Max Burney laissant de côté le bistouri se sert de la sonde pour diviser les muscles petit oblique et transverse dans la direction de leurs fibres.

Cette incision, offre bien quelques inconvénients celui par exemple d'encombrer un peu le champ opératoire, mais du moins elle a le mérite d'éviter presque à coup sûr l'éventration post-opératoire. Aussi, en Angleterre, est-elle considérée comme l'incision idéale.

Nous verrons que nos préférences iront à un autre procédé : mais disons tout de suite que si pour la résection de l'appendice à chaud par exemple on se trouve obligé de recourir à l'incision de Roux, nous conseillons de suivre le conseil de M. Legueu qui demande « de la faire juste suffisante en ayant soin de suturer les angles de la plaie pour en diminuer la longueur. »

En 1889, Max Schuller proposait une incision verticale. Il la fait le long du bord externe du muscle grand droit et en dehors de lui, passant à un centimètre et demi environ en dedans du milieu d'une ligne qui irait de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphyse pubienne.

Grâce à cette incision le champ opératoire est considérablement agrandi : mais un inconvénient

très important au point de vue de l'éventration consécutive se présente.

La cicatrice sera parallèle à la direction du cœcum. Celui-ci pourra donc faire effort sur toute la longueur de la plaie et les éventrations pourront se produire beaucoup plus facilement.

Nous verrons que dans l'incision de Jalaguier que nous exposerons plus loin et qui est une modification de celle de Max Schuller, cet inconvénient n'existera plus : en effet le muscle grand droit sera là pour soutenir la cicatrice.

Howitz, en 1893, au congrès de Goteborg, parla d'une incision verticale passant à travers le muscle droit.

Lennander en 1897 fait le procès de cette incision en disant que :

1^o Elle nécessite dans quelques cas la ligature de l'épigastrique ;

2^o Elle expose à la section des nerfs du grand droit et par conséquent à l'atrophie du côté interne du muscle ;

3^o Elle laisse superposées les différentes lignes de suture des divers plans.

Lennander constate même deux cas d'éviscération post-opératoire à la suite de ce procédé, et

une autre fois, il eut une éventration consécutive accompagnée d'atrophie de la partie interne du muscle.

Pour mémoire, citons le procédé de Lennander qui consiste à faire une incision presque médiane et à récliner le grand droit en dehors : cette incision n'est pas entrée dans le domaine classique.

Nous pourrions aussi parler d'une incision transversale que les docteurs Lewis et A. Stimson emploient à New-York. Incision curviligne croisant la ligne blanche à quatre centimètres du bord supérieur de la symphyse pubienne, commençant et se terminant à peu près au niveau des épines iliaques antéro supérieures. Cette incision n'intéresse que la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose. Les grands droits sont alors dénudés à l'aide des doigts et des ciseaux en haut et en bas sur une étendue d'environ cinq centimètres. On les écarte et on incise le fascia transversalis et le péritoine. Deux écarteurs donnent l'écartement suffisant.

Ces chirurgiens disent avoir eu avec cette incision d'excellents résultats. Il semble bien en effet que cette suture musculaire perpendiculaire aux autres sutures doive donner une résistance sérieuse à la paroi, mais il nous semble aussi que le champ opératoire est bien restreint, et que cette incision est très peu pratique pour l'appendisectomie.

Enfin, il nous reste à parler d'une dernière incision décrite par M. Jalaguier et nous ne saurions mieux l'exposer qu'en citant la page que son habile inventeur écrivait lui-même dans la *Presse Médicale* le 3 février 1897 pour la faire connaître.

« Sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine
« iliaque antérieure et supérieure de l'ombilic, dit
« M. Jalaguier, je fais une incision de huit ou dix
« centimètres, parallèle au bord externe du muscle
« droit : le tiers supérieur de cette incision est au
« dessus de la ligne iléo-ombilicale, les deux tiers
« inférieurs sont au dessous. J'arrive directement
« sur l'aponévrose du grand oblique qui est fen-
« due du haut en bas dans toute la longueur de
« la plaie. Les deux lèvres de l'incision aponévro-
« lique sont saisies avec des pinces à pression et la
« lèvre interne est réclinée en dedans pour décou-
« vrir la partie externe de la face antérieure du
« grand droit enfermé dans sa gaine. Le bord
« externe des muscles est facile à reconnaître à la
« vue et au toucher.

« J'incise la gaine dans toute la longueur de la
« plaie à un centimètre et demi environ en dedans
« du bord externe. Les deux lèvres de cette inci-
« sion sont prises avec des pinces et la lèvre
« externe est disséquée de dedans en dehors jus-
« qu'au bord externe du muscle. Cette dissection
« est des plus faciles, la gaine n'adhérant qu'à

« une intersection fibreuse qui se trouve sur le
« bord supérieur de la plaie, mais qui n'est pas
« constante. Le bord externe du muscle est dégagé
« avec la sonde cannelée et refoulé en dedans.
« Deux écarteurs le maintiennent et la paroi pos-
« térieure de la gaine du grand droit se trouve
« largement découverte. On voit une artériole,
« une veinule et un filet nerveux traversant obli-
« quement le champ opératoire à sa partie
« moyenne. »

« Le feuillet postérieur de la gaine (fascia trans-
« versalis) est incisé à son tour à un centimètre
« et demi environ en dedans du sommet de l'angle
« dièdre formé par sa réunion avec le feuillet
« antérieur. Cette incision doit être très prudente,
« car à ce niveau le fascia transversalis est direc-
« tement appliqué sur le péritoine sans la moindre
« interposition de tissu graisseux. La gaine et le
« péritoine sont fendus sur la même ligne, dans
« l'étendue nécessaire et les bords de l'ouverture
« sont fixés avec des pinces. Il faut veiller à ne
« pas blesser les vaisseaux épigastriques qui
« passent à une petite distance de l'extrémité in-
« férieure de l'incision : on les aperçoit par trans-
« parence montant obliquement de bas en haut et
« de dehors en dedans, entre le fascia transversalis
« et le péritoine. »

Tel est le procédé de Jalaguier et il est facile de voir tout le profit que l'on doit en retirer.

D'une exécution facile, les fibres des muscles obliques et transverse sont respectées. De plus, et ce point est non moins important, « les sections
« aponévrotiques nettes et pouvant être exacte-
« ment suturées, ne sont pas superposées les unes
« aux autres, et le muscle grand droit recouvrant
« largement la suture la plus profonde l'empêche
« de céder à la distension. »

M. Jalaguier dit n'avoir jamais eu d'éventration avec ce procédé que l'on devra donc préférer à tout autre dans l'appendisectomie.

Outre ce siège de l'incision que nous considérons comme capital, le traitement préventif de l'éventration consistera dans l'observation de quelques autres règles très précieuses également.

Nous avons déjà parlé de la réfection de la paroi abdominale, et nous avons montré nos préférences pour la suture à plusieurs plans.

Rappelons encore ces quelques lignes de Lucas-Championnière, qui datent déjà de 1892 :

« Depuis plusieurs années, je fais une suture
« séparée du péritoine, de la peau et une suture
« profonde comprenant toutes les couches de la
« paroi. Depuis un temps moins ancien, j'y joins
« un quatrième plan de suture sur les muscles,
« que j'avais réservée autrefois à certains cas spé-

« ciaux et que j'ai une tendance à employer d'une
« manière générale. Il m'a semblé que depuis que
« j'avais adopté la suture de la paroi en plusieurs
« plans distincts, non seulement je n'avais pas
« eu d'éventration, mais j'avais trouvé la répara-
« tion de la paroi plus régulière, et cette régula-
« rité me semble une garantie de solidité pour
« l'avenir. »

Le chirurgien devra faire un pansement fortement serré, ordonner le repos absolu et éviter ou apaiser le plus vite possible les vomissements, la toux, la constipation.

Être aussi sobre que possible dans l'emploi du drainage qui rend impossible la réunion immédiate des lèvres de la plaie.

Il semble que dans le traitement préventif de l'éventration post-opératoire, l'on ne doive plus parler de nos jours des règles de l'asepsie? Cependant combien de chefs de service ont encore à déplorer ces accidents qui compromettent parfois tout le succès de leur opération.

Enfin, pour terminer ce chapitre, disons que l'opéré fera bien de porter pendant quelques mois une ceinture qui soutiendra la cicatrice jusqu'à ce qu'elle soit bien solide.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT CURATIF

« Ne vous saute-t-il pas aux yeux, disait M. le professeur Quénu dans une de ses cliniques chirurgicales à l'hôpital Cochin, que l'indication opératoire en matière de restauration, est de prendre aux forts pour donner aux faibles. »

Ce fut sur ce principe que M. Quénu échafauda sa cure radicale de hernie ombilicale et c'est aussi en s'appuyant sur ce même principe que M. Souligoux agit dans la cure radicale de l'éventration latérale post-opératoire.

Voyons d'abord comment cette éventration est traitée en général.

M. Cochet, dans sa thèse sur les *Complications post-opératoires de l'appendicite*, parue en 1898, expose en ces termes le traitement de l'éventration :

« On fera l'excision de la cicatrice et on enlèvera
« une quantité de peau suffisamment large tout
« autour, de façon à pouvoir dans la section des
« plans peu profonds, aviver les bords de la plaie
« primitive. On distingue ensuite les différents
« plans qu'on suturera en trois ou quatre fois, les
« sutures profondes étant faites au catgut ou à la
« soie et celle de la peau au crin de Florence. »

M. Guibé, plus récemment, dans sa monographie sur la *Chirurgie de l'abdomen*, dit en parlant de la réfection de la paroi dans l'éventration post-opératoire :

« Avant de commencer ce temps, il faut s'assu-
« rer que tout le pourtour de l'incision a été bien
« avivé et qu'il n'y a plus de tissu cicatriciel dans
« lequel on serait obligé de placer les points
« de suture, ce qui risquerait d'amener une réci-
« dive.

« On se trouve alors dans les conditions d'une su-
« ture de la paroi après laparatomie, suture qu'on
« fera à trois étages et soigneusement. Si les bords
« de l'ouverture sont très éloignés, il est bon
« d'ajouter deux ou trois points au fil d'argent
« embrassant toute la paroi et formant un bon
« soutien qui évite le tiraillement de la suture.
« L'asepsie rigoureuse est ici de mise : la moindre
« infection en retardant la réunion des tissus, ris-
« querait d'occasionner un échec. »

En somme, que fait-on devant une éventration latérale post-opératoire ? Tout simplement une nouvelle suture de la paroi comme si l'on avait fait une première laparotomie et les différents procédés ne diffèrent que par le nombre plus ou moins grand de plans que l'on suture.

Tandis que Condamin (de Lyon) ne suture que trois plans, péritoine, muscle, peau, Lucas Championnière et Tait-Laenger en suturent quatre : péritoine, aponévrose postérieure, muscle, peau.

M. Le Dentu se contente d'un surget aponévromusculo péritonéal et d'une suture cutanéocellulaire.

Enfin, M. Routier ne fait qu'un seul plan de suture, dans lequel se trouve comprise toute la paroi abdominale, sans excepter le péritoine.

En un mot, tous ces procédés, comme on le voit, consistent dans une simple réfection de la paroi abdominale.

M. Quénu, dans cette restauration, apporta, pour la cure de la hernie ombilicale, un élément nouveau.

M. Quénu, en effet, pensa à juste titre que la solidité de la paroi serait beaucoup plus considérable si, au lieu de faire une simple suture des plans, on renforçait cette paroi au niveau de la cicatrice, et l'idée lui vint alors du dédoublement

de la paroi réalisée par le décollement des grands droits de leur gaine.

M. Souligoux, partant du même principe, eut la pensée d'appliquer un procédé semblable à la cure de l'éventration latérale.

Voici comme il procède :

Rien à dire au sujet de la résection de la poche cutanéopéritonéale qui est exactement la même que dans toute autre éventration.

Disons seulement qu'il faut bien veiller à libérer les adhérences épiploïques et intestinales quand elles existent et que quelquefois cette manœuvre occasionne de regrettables surprises. Si les adhérences sont trop solides, il vaut mieux « les sculpter avec des ciseaux courbes ou le bistouri dans les couches profondes du sac ».

Cette résection de la poche cutanéopéritonéale accomplie, M. Souligoux fait ainsi la restauration de la paroi.

Il suture à l'aide d'un surget de catgut les deux lèvres du péritoine doublé du fascia transversalis.

Puis, avec le bistouri, il incise la gaine du grand droit en ayant soin que cette incision passe le long de son bord externe. Le muscle se montre donc à découvert avec une lèvre interne et une lèvre externe.

Alors, du doigt le muscle grand droit est dé-

collé de sa gaine aponévrotique sur une étendue égale au moins à l'éventration.

Ce temps est assez facile, le grand droit, en effet, est très peu adhérent aux deux feuillets de sa gaine et ces adhérences se brisent avec la plus grande aisance.

Le grand droit est, par conséquent, complètement libre.

On l'attire transversalement vers la partie externe à la rencontre du grand oblique. Ce glissement se fait sous l'action d'une très légère traction et on voit le grand droit venir facilement presque jusqu'au niveau de la crête iliaque.

Le feuillet postérieur de la gaine du grand droit est suturé aux portions fibreuses et musculaires qui prennent leur insertion sur la crête iliaque, et qui font partie surtout du petit oblique et du transverse. Dans les éventrations un peu vastes, ces portions fibro-musculaires ne sont quelquefois plus que des débris.

Donc deuxième plan de suture.

Troisième plan de suture.

Le grand droit est amené au contact du grand oblique. On les unit l'un à l'autre par des points de catgut séparés, traversant de part en part les deux muscles et passant à une certaine distance de leurs bords.

L'épaisseur musculaire se trouvera par consé-

quent considérablement augmentée et il y aura à la place de l'éventration un véritable coussin venant renforcer la paroi lésée.

Quatrième plan de suture.

Une dernière suture aponévrotique vient unir le feuillet antérieur de la gaine du grand droit à l'aponévrose du grand oblique.

Enfin, une cinquième et dernière suture aux crins de Florence réunit les deux lèvres cutanées.

En résumé, cinq plans de suture et un matelas musculaire venant, comme dans la cure radicale de la hernie ombilicale de M. Quénu, réparer les désordres de l'éventration et assurer à la paroi abdominale une solidité parfaite.

L'éloge de ce procédé se fait par son seul exposé et de même que les succès que M. Quénu a obtenus ne se comptent plus, de même M. Souligoux, en appropriant ce procédé à la cure radicale de l'éventration latérale post-opératoire, a obtenu de très beaux résultats.

Les sept ou huit observations qui suivent, et dont la première ne date que de 1901, en sont la meilleure preuve.

Malheureusement, on sait combien il est difficile de retrouver les malades lorsqu'ils sont sortis de l'hôpital; aussi malgré tous nos efforts, plusieurs de ces opérés ont-ils échappé à nos recherches.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à MM. les D^{rs} Guinard et Souligoux).

Vaste éventration latérale droite consécutive à une appendicite.

Marie Bou..., infirmière, avait été opérée en février 1900 à Lariboisière d'une appendicite par M. Souligoux. Appendisectomie à chaud. Longue suppuration.

Dix mois après, il s'est produit au niveau de la cicatrice une vaste éventration qui occasionne à la malade de véritables crises de vomissements et des douleurs atroces.

La malade, à ce moment dans le service de M. Guinard à la Maison Dubois, est opérée par M. le D^r Souligoux, le 21 juin 1901.

Elle est endormie au chloroforme. Pendant l'opération il se produit un grave incident chloroformique. On fait la respiration artificielle et des tractions rythmées sur la langue pendant un temps assez long. Ces manœuvres sont couronnées de succès.

Après l'incision de la peau on tombe sur un vaste sac péritonéal que l'on résèque et l'on suture les deux lèvres du péritoine.

Le grand droit est mis à nu par une incision sur le bord externe de sa gaine. On le décolle avec le doigt de cette gaine et on l'attire au dehors.

Mais d'abord on suture le feuillet postérieur de la gaine à ce qui reste des insertions du petit oblique et du transverse sur la crête iliaque. Ce ne sont plus en effet que de véritables débris que l'éventration a laissés.

Ensuite on suture le grand droit, amené au dehors à la rencontre du grand oblique avec ce muscle. Points séparés au catgut, passant au travers les deux muscles. Ils sont ainsi intimement unis. On les recouvre par leurs aponévroses antérieures suturées ensemble au catgut.

Enfin suture cutanée aux crins de Florence

Réunion par première intention.

Le 23 juin. — Lendemain de son opération la malade est très affaiblie, elle vomit beaucoup. Sa température monte à 38°8 et son pouls à 108.

Rien du côté de la plaie.

Le 24. — Température 39°.

Pouls 112.

Toujours rien du côté de la plaie qui a très bel aspect.

Le 25. — Température 39°2.

Pouls 130.

Les vomissements ont cessé, mais la malade très affaiblie donne de sérieuses inquiétudes.

Sérum artificiel.

Le 26. — Température 38°4.

Pouls 110.

La malade a bien meilleur aspect et va beaucoup mieux.

Le 27 juin. — Température 37°8.

Pouls 98.

La malade va très bien et ses forces reviennent très vite. En somme cette alerte est due au shock opératoire et surtout à

l'alerte chloroformique de l'opération. La plaie va très bien et l'on enlève ses fils le 1^{er} juillet.

Jusqu'à sa sortie de la salle, c'est-à-dire jusqu'au 1^{er} août, la température oscille entre 36°8 et 37°6.

Cette malade fut revue trois ou quatre mois après son opération par M. Souligoux qui constata la solidité de la cicatrice.

Nous avons nous-même pu la revoir il y a quelques jours. Nous avons constaté la persistance de solidité de cette cicatrice qui maintient admirablement ses organes abdominaux.

OBSERVATION II

(Due au D^r Souligoux).

Eversion latérale droite consécutive à une appendicite.

Alphonsine B..., f. Du..., 29 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n^o 38, le 21 avril 1902.

Il s'agit d'une éversion dans la fosse iliaque droite consécutive à une opération d'appendicite à chaud avec péritonite, faite il y a 3 mois.

Incision et résection du sac de l'éversion. Le péritoine est fermé par un surjet de catgut.

Ouverture de la gaine du droit sur son bord externe, décollement du muscle.

Suture du feuillet postérieur de la gaine aux fibres musculo-aponévrotiques de la crête iliaque qui font partie du petit oblique et du transverse.

Fixation du droit au grand oblique par des points de catgut séparés, passant à quelque distance du bord des muscles.

Fermeture de l'aponévrose antérieure par des points séparés.

Réunion de la peau aux crins de Florence.

Cicatrisation par première intention.

Nous n'avons pu revoir cette malade.

OBSERVATION III

(Due au Dr Souligoux).

Éventration consécutive à une cure de hernie.

Hilaire D..., 52 ans, chauffeur, entre le 26 janvier 1901 à l'hôpital Lariboisière, salle Nélaton, n° 4.

Il y a environ un an, cet homme avait été opéré dans le service pour une hernie. Au lieu de la cure radicale, il ne s'est pas reproduit de hernie; l'éventration s'est faite à environ deux travers de doigts de la cicatrice.

La peau est incisée en ce point.

On trouve un sac qui est soigneusement décollé et lié.

On voit alors qu'il n'existe plus de paroi abdominale. La peau est décollée en dehors jusqu'à la crête iliaque, en dedans jusque sur la face antérieure du muscle grand droit.

L'aponévrose de ce muscle est incisée sur son bord externe et on reproduit là ce qu'on fait pour la hernie ombilicale.

C'est-à-dire après décollement du droit, suture de la gaine postérieure aux débris musculo-aponévrotiques qui prennent leur appui sur la crête iliaque.

Suture du grand droit au grand oblique.

Suture de la gaine antérieure à l'aponévrose du grand oblique.

Suture cutanée aux crins.

Guérison sans incident.

Nous avons revu ce malade dont le métier est assez pénible. Pas la moindre trace d'éventration et la cicatrice est excellente.

OBSERVATION IV

(Due au Dr Souligoux).

*Véritable éventration latérale consécutive à la cure radicale
d'une hernie inguinale.*

Amélie Den..., 31 ans, journalière, entre à l'hôpital Lariboisière le 14 novembre, salle Denonvilliers, lit n° 20

Il s'agit d'une malade déjà opérée d'une hernie crurale par M. Souligoux et d'une hernie inguinale par M. Tuffier.

Au niveau de la cicatrice inguinale il s'est produit une vaste éventration que M. Souligoux opère le 20 novembre 1901.

On dissèque un gros sac multiloculaire vide. On le résèque et on suture le péritoine au catgut

On ramène au devant les plans fibreux profonds (fasc. transv.) puis, incisant la gaine du grand droit, on rapproche par de nombreux points de suture ce muscle du grand oblique.

On fait une nouvelle suture aponévrotique au devant du muscle ainsi attiré.

Enfin suture de la peau aux crins de Florence.

Réunion par première intention.

Il y a quelques jours à peine, nous constatons la parfaite solidité de la cicatrice.

OBSERVATION V
(Due au Dr Souligoux).

*Cure d'une éventration latérale gauche consécutive à l'ouverture
d'un abcès.*

Elisabeth M..., 43 ans, femme de chambre, entre le 6 juin 1900 à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 8.

La guérison de son abcès a été suivie d'une éventration latérale gauche que M. Souligoux opère le 11 mai 1901.

L'abdomen ouvert et la poche cutanéopéritonéale réséquée, le péritoine est fermé par un surget de catgut.

La peau de la paroi abdominale est alors décollée en dedans jusqu'au muscle grand droit, en dehors jusqu'à la crête iliaque.

L'aponévrose du muscle grand droit est divisée dans sa longueur sur une étendue égale à l'éventration.

Le feuillet postérieur est fixé à la crête iliaque et aux liens fibro-musculaires qui restent des muscles qui s'y insèrent. Puis le muscle lui-même est rapproché avec des fils de soie de grand oblique et l'on voit que l'on peut amener facilement le muscle grand droit jusqu'à la crête iliaque.

Par conséquent, à la place de l'éventration, il existe maintenant un plan résistant puissant.

Suture du feuillet antérieur à l'aponévrose du grand oblique

Réunion de la peau au crin de Florence.

Aucun incident à noter dans la guérison.

Nous avons revu cette malade dont la paroi abdominale est très solide.

OBSERVATION VI

(Due au Dr Souligoux).

Éventration consécutive à l'appendisectomie.

Mélie F., femme R..., ménagère, 32 ans, entre le 27 septembre à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 35.

Cette malade a été opérée il y a un an d'un appendicite. A la partie inférieure de la cicatrice, il s'est produit une éventration.

On l'opère le 21 octobre 1901. Incision de la peau, dissection et résection du sac péritonéal.

Suture du péritoine au catgut. Puis le grand droit sorti de sa gaine est ramené au devant de l'éventration et fixé au grand oblique par des points de catgut séparés.

On a fait avant une suture des plans fibreux profonds

Enfin suture du feuillet antérieur de la gaine du grand droit à l'aponévrose du grand oblique.

On a ainsi une suture à trois étages.

Réunion de la peau au crin de Florence.

Nous n'avons pu revoir cette opérée.

OBSERVATION VII

Due au D^r Souligou

Éventration latérale consécutive à une appendicite.

Eugène Par .., imprimeur, 24 ans. Entré le 21 décembre à la salle Nélaton, hôpital Lariboisière, lit n^o 14.

Opéré d'une appendicite, ce malade se représente avec une éventration au lieu de la cicatrice.

Le 4 janvier 1902, incision et excision de toute la poche dans laquelle on trouve l'intestin (cæcum) faisant corps avec le péritoine. On libère soigneusement cet intestin et on suture le péritoine.

Pour restaurer la paroi, on se sert du procédé habituel.

Incision de la gaine du droit.

Suture de tout le feuillet postérieur à la crête iliaque ou plutôt aux liens fibro-musculaires qui restent des muscles qui s'y insèrent. Décollement du droit.

Les grands fils passant à travers tout le muscle droit viennent se fixer au grand oblique.

Enfin suture réunissant les deux aponévroses du droit (feuillet antérieur) et du grand oblique.

Suture cutanée.

Guérison sans incident.

Ce jeune homme accomplit en ce moment son service militaire et sa mère nous a affirmé que, depuis la cure de cette éventration, son fils ne s'était jamais plaint de sa cicatrice.

OBSERVATION VIII

Due au D^r Souligoux

*Éventration latérale droite succédant à une appendicite
opérée antérieurement.*

Lucien Rem..., 22 ans, plombier. Entré à l'hôpital Lariboisière le 28 mai 1901, salle Nélaton.

Opéré le 17 juin 1901 par M. Souligoux qui emploie le procédé habituel, La paroi est refaite par dédoublement de l'aponévrose du muscle grand droit.

Le muscle est suturé par des points séparés de catgut au grand oblique.

5 plans de suture.

Péritoine.

Aponévrose postérieure.

Muscle.

Aponévrose antérieure.

Peau,

Réunion par première intention.

Nous n'avons pu retrouver ce malade.

CONCLUSIONS

Le procédé de cure radicale de l'éventration latérale post-opératoire de M. Souligoux s'inspire du procédé employé par M. Quénu pour la cure de la hernie ombilicale.

L'incision et la résection de la poche cutanéopéritonéale sont les mêmes que dans toute autre éventration.

La restauration de la paroi peut se décomposer ainsi :

1° Suture au catgut des deux lèvres du péritoine doublé du fascia transversalis ;

2° Incision de la gaine du grand droit sur son bord externe ;

3° Décollement du grand droit des deux feuillets de sa gaine ;

4° Suture du feuillet postérieur de cette gaine aux liens fibro-musculaires qui s'insèrent à la crête iliaque ;

5° Le muscle est alors attiré en dehors de sa gaine et amené facilement presque jusqu'au niveau de la crête iliaque ;

6° Fixation du grand droit au grand oblique par des points de catgut séparés passant à travers les deux muscles à une certaine distance de leurs bords ;

7° Suture du feuillet antérieur de la gaine du grand droit à l'aponévrose du grand oblique ;

8° Suture cutanée aux crins de Florence.

La paroi abdominale est donc complètement refaite avec, au niveau de l'ancienne éventration, une épaisseur musculaire beaucoup plus considérable qu'auparavant et donnant toute sécurité pour l'avenir.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BLAISE. — Th. de Paris, 1894.

J. COHOT. — Th. de Paris, 1898. Complications post-opératoires de l'appendicite.

CONDAMIN — De l'omphalectomie et de la suture à trois étages.

DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie.

DUPONT. — De la suture des parois de l'abdomen après la laparotomie. Th. Paris, 1892.

FERRAND. — Contribution à l'étude des hernies latérales de l'abdomen, Th. Paris, 1881.

FAUVEL. — De la suture de la paroi abdominale dans la laparotomie.

M^{lle} GORDON. — Appendicite chez l'enfant. Th. Paris, 1897.

GOSSELIN. — Leçons sur les hernies abdominales, Paris, 1865.

JALAGUIER. — Presse médicale, 1897, p. 53. Traité de chirurgie, Duplay et Reclus. T. VI. Semaine médicale, 1900, p. 192

- LA TORRE. — La Gynécologie, 1897, p. 353. Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Genève, 1896.
- LEGUEU — Monographies cliniques, 1897.
- LENNANDER. — Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, 1900, t. IV.
- Centralbl. f. Chirurgie, 1898, n° 4. p. 90.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies. Ch. iv, p. 43, Paris, 1892.
- MAC-BURNEY. — Annals of Surgery, juillet, 1894.
- MAX SCHULLER. — Arch. f. Klin. chir., 1899, xxxix.
- MORRIS K.-T. — Post. opérative ventral hernia. Ann. méd. Quart. 1900, pp. 212-215.
- POIRIER. — Anatomie humaine, t. III.
- POZZI — Semaine gynécologique, 1898, p. 261.
- Traité de chirurgie.
- Congrès de chirurgie, 1888.
- QUÉNU. — La cure radicale de la hernie ombilicale. Gaz. méd., n° 54, p. 607, 23 décembre. 1893.
- Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurgie, 1896.
- RECLUS. — Société de chirurgie, oct. 1890.
- RENAUDIÈRE DE VAUX. — Th. Paris, 1901.
- Revista medica cubana, n° 11, 1^{er} décembre 1902.
- Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie, 13 juin 1903.
- ROGER. F. — De la cure radicale des hernies ombilicales par le procédé de M. Quénu. Th. Paris, 1895.
- ROUTIER. — Presse médicale, Paris, 1900, p. 313.
- ROUX. — Revue médicale de la Suisse romande, 1890, t. X. XI et XII. 1891 et 1892.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Bulet. et Mém., janv.-fév. 1899,
oct. 1902.

SONNENBURG. — Revue de Chirurgie, 1896, p. 841.

TILLAUX. — Anatomie topographique, 1900.

TOURNEMELLE. — Traitement de l'éventration post-opératoire,
Th. Paris, 1901.

WINTER. — Hernies ventrales, Sutures de l'abdomen, VI^e con-
grès, Soc. allem. de gynécologie, Vienne, 1895,
5-7 juin.
